

【資 料】

タイにおける出産の現状と助産学教育

日隈ふみ子

【要 旨】

本稿では、2005年にチェンマイ大学の支援で行ったタイ北部の山岳民族に対する出産に関する聞き取り調査と2007年に前任校でのマヒドン大学公衆衛生学部管轄における助産学院生の研修指導およびバンコクにおける各病院の視察の成果をもとに、自宅出産から施設へのお産へと加速度的に移行しているタイにおける出産の現状に焦点を当てる。そして、タイの山岳地帯、郡部、都市部での出産の場に何が起きているのか、産みの場が集中化されることで女性たちはどのような環境に置かれているのか、「助産学パラダイム」という視点からタイを鏡として映し出される日本の現状を見直すことを試みる。

【キーワード】 タイ、出産環境、助産学パラダイム、助産学教育

I. はじめに

「科学」が発達するずっと以前から女性たちは生と死に向き合いながら産むという原初的な行為を営んできた。この「出産」という事象を研究テーマとして先駆的に位置づけたのは歴史学者・ミレーユ・ラジェである。彼女は17～18世紀におけるフランスの事例を用いて、無知で野蛮なものとして否定した「科学」の側からではなく、「出産」を独自の文化として再現した¹⁾。そして、「女性の出産様式は、ひとつの社会と文化の性格をあらわすものである。女性は出産の進行具合を決定する生物学的法則に支配されるだけでなく、家族や共同体や医者への介入、さらには国家および宗教権力の圧力をも受ける」²⁾という。現代の出産は宗教的圧力こそないが、松岡も医学という強力なパラダイムで語られることが多いことを指摘する³⁾。

にもかかわらず、医学の発達、出産を生活の場から医療の場へと変化させ、この出産の医療の場への変化が妊産婦死亡率を下げたという言説⁴⁾から、今日では出産は医学のパラダイムにしっかり組み込まれているのである。

このような現代の出産のあり方に対して、1970

年代以降先進国では、エビデンスを集積、再評価し、その見直しが展開されている⁵⁾。途上国から先進国までの約60カ国が加盟している国際助産師連盟(ICM)においても、助産師の役割の核は「正常な妊娠・出産ケア、つまり「正常なプロセスへのケア」にあることが再確認され、医療化ではなく出産の自然性の尊重を支持している⁶⁾。

助産学が重視するキーワードはWomen-Centered Care(女性中心のケア)、Family-Centered Care(家族中心のケア)、Life Events in Long Life(長寿となった生活の中での出来事)であると考えられる。つまり、助産学の対象は女性とその家族であり、助産師は女性に寄り添うことを重視する。長寿社会になった現代では、産み育てる期間は女性の一生の中のある一定の期間となった。このような中での出産とは、家族が再構築されるための貴重な機会でもあると捉えられる。ゆえに出産という事象は「医学」のパラダイムだけでは捉えきれない事象であることを強調したい。

そこで本稿では、2005年2月3～12日に文化人類学、社会学の研究メンバーとともにタイ北部のチェンマイ大学の支援で行った山岳民族へのお産の聞き取り調査とチェンマイ大学看護学部・チェンマイ大学病院視察¹¹⁾および2007年7月22～28日に

マヒドン大学公衆衛生学部管轄フィールドでの院生研修指導、マヒドン大学病院、バムルンラード病院、バンコク国際病院メディカルセンターの視察¹²⁾の成果をもとに、自宅出産から施設へのお産へと加速度的に移行しているタイにおける出産の現状に焦点を当て、「助産学パラダイム」という視点からタイを鏡として映し出される日本の現状を見直してみたい。

まず、タイの国家経済社会開発計画と医療システム、看護学教育について、文献や視察の結果から概観する。その上で都市部、郡部、山岳地帯それぞれの調査結果や視察結果に基づいた紹介を行い、最後に出産や女性への影響について考えられることを記す。

【タイにおける国家経済社会開発計画】

今日のタイは多くの先進国からの支援を得て発展を遂げてきた。特に日本のODAの果たした役割は大きく⁷⁾、2007年に修好120周年を迎えたタイと日本との関係は良好である。タイの貿易額は日本が首位で、自動車産業を中心に日系企業の進出は活発であり、今ではASEAN加盟国の優等生としてASEAN域内での存在感を高めている⁸⁾。タイを初めとしたアジア各国の変貌について「アジアは変わった。今は物質的にも意識の面でもわたしたちと地続きの、同時代人としてのアジアが生まれている」⁹⁾との落合の意見に頷く。もはやタイは支援される国ではない。

タイでは1961年より「国家経済社会開発計画(NESDP)」¹⁰⁾が実施された。これは5年ごとに見直されており、現在は第10次国家経済社会開発計画(NESDP)の実施中である。これまでの主な成果としては、第2次NESDPでは山岳民族と開発プログラムで60のチームが600の国家経済社会開発村(7万人)に援助を行い山岳民族の定住化を推進した。第4次NESDPでは農村部への社会サービスが広められた。しかし、1980年代に入ると20年間の経済一辺倒の開発計画の弊害が出始め、土地、森林、水資源、漁場などの資源の乱開発や、社会や環境条件の悪化、富の分配の不均衡、都市の過密化による文化や社会的価値観、精神的安らぎや生命財産の保障の劣悪化、薬物依存の問題などが表面化したために、過疎地からの貧困の撲滅がNESDPの目標となった¹¹⁾。

公衆衛生・医療に関する施策は1942年の保健省の設置に始まるが、NESDPの下部計画として「保健開発5ヵ年計画」が策定され、母子家庭・家族計

画・国民の栄養状態改善・伝染病対策・環境衛生などの公衆衛生施策、保険医療機関の整備が行われた。以後、毎次のNESDPが実施されている¹²⁾。特に第4次NESDPでは、プライマリ・ヘルス・ケアの推進が盛り込まれ、全国へと拡大した。現在はプライマリ・ヘルス・ケアからヘルスプロモーションへとその理念は変化しているが、タイにおける農村地域を中心とした保健体系作りや地域の住民参加による村レベルでの自助活動は今日でも高く評価されている¹³⁾。

【タイにおけるヘルス・ケア・システム】

タイにおける行政は国・県(Provincial Level)―郡(District Level)―町(Tambon Level)―村(Village Level)の4つのレベルで区割されており、医療体制もこの4つの行政区割に即したヘルス・ケア・システム¹⁴⁾(図1)となっている。

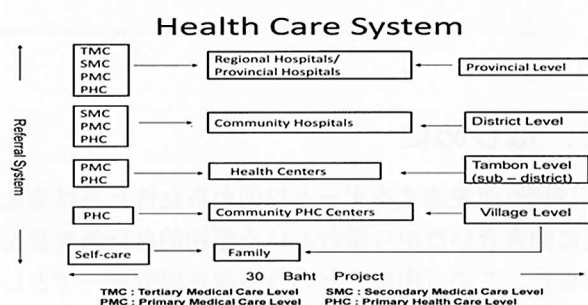


図1 タイのヘルス・ケア・システム (Dinlaga Tripiboon 氏による提供)

国立病院を中心に各県には1つの県立病院と1つの郡病院がある。図1のTMC(Tertiary Medical Care)レベルとは100床以上のベッドを有し専門的な治療が受けられる県病院や郡病院のことであり、SMC(Secondary Medical Care)レベルとは20床ほどの小さな病院から200床以上の郡病院や私立病院のことである。PMC(Primary Medical Care)レベルとは複数の村をカバーしているメディカルセンターを指し、PHC(Primary Health Center)レベルとは保健施設としては最も末端部となるヘルスセンターを指す。このようにタイでは医療施設がシステム化されている。

国の政策として郡病院にはヘルスプロモーション部門が設けられ、全世帯の世帯票には、生活や家族の健康状態のすべてが記載されている¹⁵⁾。例えばソーナーン郡のヘルスセンターでは人口1000～5000人がカバーされているが、ここには医師は駐

在していないので、看護師が一定範囲内の薬の処方、処置、検診、管理を担っている。診察や治療がさらに必要な場合には、紹介状を持参し病院への受診となるが、居住区域以外のPHCや病院への受診は許されていない。

また、各村、学校、寺などには住民から選ばれたヘルスボランティアの存在があり、医療者とこのヘルスボランティアが協力・協調しあい、ともに地域の健康改善を担っている。地域による住民の管理状況や活動内容には差があると思われるが、この地域では比較的上手く機能しており、NESDPの成果ともいえよう。

医療費については2002年に「30 パーツ健康保険制度」¹¹³⁾が設けられ、タイ国民であればだれでも30 パーツ支払うことで、上限年間1100 パーツまでの治療が受けられることになっている。女性の健康としてはそれ以外に、コンドームや避妊薬は無料となっているし、妊婦健診や出産費用も無料である¹⁶⁾。

このようにNESDP下での全国規模の医療システムや健康保険制度の結果、タイでの平均寿命は男性67歳、女性73歳(2007年版世界保健統計)と年々延びている。しかし、主な死因は、心疾患、事故、がん、AIDS、肺炎、下痢の順(2007年版同上)で、事故が第2位というところに発展途上国の課題が伺える。

【タイにおける看護教育と助産師教育】

タイでは国王の母親が看護師であったことから看護教育に対する王室の貢献度は高い。1959年には看護学の大学教育が開始され、アジアでは最も早い1981年にはすべての看護教育が大学教育となった¹⁷⁾。NESDPでもプライマリ・ヘルス・ケアを重視していることからタイ看護協会は「各看護教育施設は、農村および都市の両地域にある施設で学生の看護実習を行うこと」を要求しており、各看護大学は第1次～3次のそれぞれの医療レベルでの実習を課している¹⁸⁾。

助産師教育については看護学の大学化以前では1年間半の独立した助産師教育を行っていた。しかし、現在は助産師教育としては独立しておらず看護学実習の中で全員が出産介助実習を行っている。30年前までは学生一人あたり30例の出産介助経験をしていたが、最近は一人あたり3例¹⁹⁾とあまりにも少ない。

しかし、卒業後はすべてが出産を取り扱うことが

できるし、日本の助産師には認められていない会陰切開と縫合の実施も認められている。また、第1次や第2次医療レベルでは看護師は出産介助だけでなく、妊婦健診や婦人科検診も実践している。特に医師の少ない地域では看護師以上の役割も求められ、医師が一人しかいない手術室では、看護師が麻酔の管理をし、医師とともに術創部の縫合も行っている現状がある。

【都市部、郡部と山岳民族の紹介】

タイはタイ系民族を中心に構成された多民族国家である。信仰心が篤く、穏やかで優しい人々が多いことから「癒しの国」「微笑みの国」と表現される。人口約6500万人のうちの約600万人が、バンコクに一極集中している。超高層ビルにあふれんばかりの車、物質的にも人々の意識の面においてももはやアジアを代表する近代都市である。一方でその狭間には伝統的な寺院や生活感あふれる住居が入り混じり、歴史ある文化と多種多様な生活スタイルに「混沌」「混在」とも表現される²⁰⁾。しかし、ほんの少しバンコクを離れると、緑の多いのどかな農村風景が広がっている。

今回紹介するバンコクから東へ約260km離れた東北部に位置するナコーンラチャシマ県は、ほぼ全域にコラート台地が広がり、雨量が少なく農作物が育ちにくい環境のため、貧困地域の代表格になっていた場所であった。近年は日本企業の大きな工場が建ち並び、人々の生活も農民から工場労働者への移動現象が起きている²¹⁾。幹線道路を少し入れば、田園風景が続きまだ舗装されていない道路からは大きな粉塵が立ち上る。これらはタイの田舎での生活でよく見かける光景である。この県のソーンナーン郡にある郡病院(マヒドン大学管轄フィールド)は11の町の人口約8万人をカバーしている。

一方、タイ北部高地に住む山岳民族の人々もタイを代表する生活者である。ヒル・トライブといわれる山岳民族の人々は少数で2003年の統計によると、その人口は約92万人(タイ人口の1.5%)であるが、彼らの多くはタイ北部や南西の高地の辺鄙なところに住んでいる。彼らは18世紀以降、中国南西部から隣国のミャンマー、ラオスなどの国境を越えて移り住んできたといわれている。人口の多い順にカレン族、モン族、ラフ族、アカ族、ヤオ族、チン族、リス族、ルア族、カミュ族の9つの民族の集団がある²²⁾。彼らはどの地域からの移住かによって言語、

衣装、家の建て方、生活習慣などに違いがある。例えば、モン族、ラフー族、リス族は中国から、アカ族はチベットから、カレン族はミャンマーからの移住民とのことである²³⁾。

【山岳民族へのお産に関する調査】

山岳民族へのお産はチェンマイ大学を通じて行ったお産に関する聞き取り調査である。本調査のための地域の選定は山岳民族に対する生活支援活動を行いチェンマイ大学との交流を持つチャン氏（男性）にお願いした。聞き取り時の通訳は、日本語—英語は主に研究代表者である松岡氏に、英語—タイ語はチャン氏に、タイ語から各部族語への通訳には村の公的役割を担いタイ語、ラフー語、リス語、アカ語が使えるラフー族のエカチャイ氏（男性）に、モン族への通訳はチャン氏の知り合いに依頼した。チャン氏とエカチャイ氏の協力を得て、事前に研究協力者の選定や依頼をしてもらった上で、各部族の女性たちへの半構成的な聞き取り調査を実施した。筆者は主に出産体位や助産者の役割の部分を担当し、聞き取り内容は全て了解を得てテープ録画をした。1箇所あたり2～3時間を要した。

調査地はチェンマイから車で2時間のチャイパカンへの国道107号から入道し、メイシー方角との間にある山岳高地一帯である。聞き取りの最初は国道沿いにある村（人口150人）のモン族の家で、次は、雨水の流れでできたでこぼこ道を車で更に1時間移動したラフー族の祭司の家で宿泊しながら行った（人口400人の集落）。第2夜となったのは徒歩で3時間移動したエカチャイ氏の家である。この村は1988年から政府の方針でラフー、アカ、リス族が合同定住することになった村（人口400人）である。そこに3つの部族の男女が集まってくださった。最後は車で1時間移動したカレン族の村（人口300人）の村長の家に宿泊しながら実施した。

【ヒル・トライブ（山岳民族）とその生活】

彼らは従来、山岳の高地において自給自足の焼畑農業をしながらの移動生活者であった。第2次NESDP以降は、山岳民族の定住化が促進されている。それは焼畑農業が環境破壊や天然資源の減少につながることを、また、彼らがケシ栽培もしていたことからアヘン撲滅のためにその栽培を禁止させる必要があった。しかし、彼らの生活水準は低いためにタイ政府は海外からの援助、タイ王室を中心とした

開発プロジェクトの設立、NPOなどさまざまな援助によって定住化政策が進められている²⁴⁾。

標高1000mに住むヒル・トライブの人々は、今でも動物との共存の生活を送っていた。2月という時期は乾期で雨も降らないので蚊や虫に悩まされることはない。気温は昼間30度近くあるが夜は5度となり1日の気温変動が大きい。7時前から明るくなり、16時頃から気温が下がり始め、18時頃には暗くなり寒くなる。今回訪れたラフー族、リス族、アカ族の家々にはほとんど電気がないので、夜は蝋燭の明かりのみが頼りである。夜空はもちろん満天の星であった。

16時頃、道路脇に引かれた水道栓の周りに女性と子どもたちが集まって水浴びやしゃがんで洗濯をしている。高床式の家の下や家の周囲では犬、猫、鶏、豚、牛のそれぞれの親子が放し飼いで、自由に餌を食んでいる。その餌の管理は就学前後の子どもたちの仕事で、彼らは棒を上手に操ってそれぞれの動物の親子が喧嘩せずに餌にありつけるよう采配している。

収入源は米、ゴマ、生姜、トウモロコシなどの作物である²⁵⁾。この時期は休耕期でのんびりしていた。私たちにはチャン氏が薪で美味しいタイ料理を2～3種類作ってくれるのだが、彼らたちの食事は直径20cmほどのアルミ製のお皿一種類だけの質素なものであった。住まいとなる家の屋根はエレファントグラスという茅のようなもので葺かれている。雨期になると、このエレファントグラスが水を含んで膨らむので雨を凌ぐことができるのである。壁や床には竹が使われており、しなやかな床に、一瞬、強度は大丈夫かと感じたが、暑い地方での竹材の家は風通しがよく、強度もあり風土に合った建物であることが分かる。タイの竹の種類は豊富で用途に応じて様々な使い方がされていた。

家の中には囲炉裏があり、鍋などの台所用品とそれらを置く質素な棚がある。寝室にある薄い布団類と壁側に張られたロープにかけられた数枚の衣類などが持ち物のすべてで、物の少ない生活スタイルであった。タイ式トイレ（日本の和式に似ている）は住居から離れたところにあり、その中には大きな水瓶が置いてある。用を足した後はこの水を使っての手動式ウォッシュレットである。

国道添いにあるモン族の集落は平地であった。また、最後に尋ねたカレン族の村落は定住100年の歴史を持っており生活環境として最も整っていた。

2000年頃から政府の援助で電気が引かれている。村長の家だからかもしれないが、蛍光灯、電気釜、冷蔵庫、テレビなどがあった。また、水田は区画整備され、家畜は繋がれており、「近代」の様相を呈していた。

【ヒル・トライブの出産状況】

出産については女性だけでなくパートナーである夫も語ってくれた。出産や子育ては部落全体の出来事²⁶⁾で、性別にかかわらずみんなで助け合って生活している彼らにとって出産の話は男性もすることに何のためらいもないと感じられた。例えば、夫は妻の生理の時期を把握している（アカ族）し、つわりの時に妊婦が食べたいものを夫に望むと、夫はその願いを叶えてあげる。また、産後には、胎盤を埋めたり（アカ、ラフー族）、産後の会陰部を薬草を焚いて暖めるための準備をする（リス族）など、産みの場の周辺で夫としての役割を果たしている（表1）。

表1 ヒル・トライブの出産状況（聞き取りの結果）

	アカ族	リス族	ラフー族	モン族	カレン族
夫婦の対等性	男性優位	女性同士の連帯	男女平等	男性優位	女性優位
産む姿勢	しゃがんで独りで産む	上体は起こしている	ロープにつかまる	低い椅子に座り、壁にもたれる	ロープにつかまる
介助者と主な役割	なし	母親等女性たち：片膝を産婦の腰部に当て、産婦をそらせる姿勢	夫：妻の後ろから抱き、自分の両膝を妻の腰下部に当てる	親戚の人々：臍帯を切る	TBA：臍帯を切る産後の処置
夫	待っている	産後の準備	出産介助者の役	胎盤を埋める	不明

産むまではしっかり働き、お産が間近になると母親や村の女性たちからお産のやり方を教えてもらい、自分で産むという姿勢で出産に臨んでいる。陣痛発作時の様子をリズムカルに声を上げながらお腹をさする仕草をしてくれたが、産み出す直前まで身体を動かしているということである。

出産時の姿勢は、モン族の場合は、低い目の椅子に産婦は座り、壁にもたれる姿勢であった。ラフー族の産婦はロープにつかまり、介助者は産婦の後ろに座り、自分の両膝を産婦の腰下部に当てていた。

赤ちゃんが出てきやすくなるように、後ろから支えるのである。リス族の介助者も産婦の後ろに座り、自分の片膝を産婦の腰部に当て、後ろから産婦をそらせるような姿勢を演じてくれた。生まれた赤ちゃんは産婦自身のサロン（スカート）やズボンの中に受けるのである。介助者は産婦の後ろに位置するので、前で赤ちゃんを受けるのではなく、産み落とすという感じである。アカ族の女性は産み頃になると臍帯を切るための用具を竹で作持参し、山での畑仕事で、自力で出産すると自分で後始末して2～3kmの道のりを赤ちゃんを抱っこして家に帰ってくるのであった。会陰は切れることもあるが2週間もすれば治ると明るく笑う。

出産経過が思わしくないとき、例えば、陣痛が止まったときは介助者は産婦のお腹を暖めて待つ。胎児がなかなか出てこないときはお腹を暖めてゆっくり押す。陣痛が始まってから骨盤位などの胎位の異常が分かった場合、介助者は外回転術をすることもあるとのことである。その時は産婦を暖めリラックスを促しながら産婦の腹部の上から実施するが、民族としての体型から胎児があまり大きくないことが外回転を成功させているとも考えられる。介助者が内診を行うことはない。

アカ族の若い母親（16歳くらい）は出産の仕方を母親に教えてもらい出産した。お産は怖かったが生まれたら幸せだったとはにかみながら語った。産むのは女性自身という意識は若くともしっかりもっている。

妊娠中のタブーは耳にしなかったが、産後は、様々な決まり事が残っていた。温石をおなかに当てて、体を温め（ラフー族）、産後一週間は、火のある部屋にこもり、悪いにおいは避けて、鶏肉とハーブの塩味スープを飲む（リス・ラフー族）。産後3日目には、産婦は臍の緒とともに赤ん坊を抱いて、親戚への挨拶まわりをし、7日目から15日目には、畑仕事に復帰する（アカ族）。産後1ヶ月は休養する（リス族）。お産が終わった後に、介助者は女性の身体が元に戻るようにと腹部のマッサージをしてもらう（カレン族）などである。

調査中に2人の若い妊婦が健診をして欲しいと現れた。彼女たちの腹部はとても柔らかい。それは日々よく歩き、しゃがむ姿勢で洗濯や食事作りを行っていること、身体を締め付けるようなものは身にまわっていないこと、不必要な緊張感もないためと考えられる。足のむくみもない健康な妊婦たちと胎

児であった。しかし、この彼女たちはもはや自宅出産ではなく、家族や女たちから離れたヘルスセンターでの出産予定とのことである。

【都市や郡部における妊娠・出産から母乳育児まで】

タイの郡や都市部の女性が妊娠をすると、その地域にあるヘルスセンターや病院で妊婦健診を受けることになる。医師による診察は妊娠 28～32 週（採血と超音波画像診断のため）と妊娠 37 週以降の 2 回だけで、問題がなければそれ以外の妊婦健診と出産介助はすべて看護師が行うので医師に会うことはない。産後の入院期間は 2～3 日間で、新生児に対する診察はその間小児科医師によって毎日行われ、母親に対しては産褥 7～10 日で産後健診が実施される。

妊婦健診はヘルスセンターで受け、出産は病院で行うので、妊娠中と出産時では場所もケア提供者も違うなかで女性は出産体験をすることになる。そこでは母子健康手帳が妊娠中の母子管理に役立っている。この母子健康手帳は、JICA の専門家によって 1994 年よりインドネシアからアジア各地へ広がったものである²⁷⁾が、医療者にとっての母子管理が主たる目的となっていた。また、母乳育児については 1992 年より、WHO と UNICEF が指針とする BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative) プロジェクトを国家保健医療開発・母子保健計画事業として展開している。その結果、現在は 792 施設が BFHI 認定施設である。第 9 次国家保健医療開発 5 ヶ年計画 (2002 年～2006 年) では、BFHI の施設でなくても生後 6 か月までの母乳栄養率の目標を 30%としている²⁸⁾ので、あらゆる出産病院で「母乳育児を成功させるための 10 箇条」が掲げられ、政策として強化されている。郡病院でも看護師によって母乳育児が積極的に勧められていた。しかし、そのやり方は妊婦健診時や産後の入院中に搾乳の方法、児の抱き方、授乳方法についてのビデオを何回も繰り返して見せるだけという一方的な関わり方であった。

【都市や郡部における産みの場の環境】

都市部や郡部での出産は施設出産であった。まず、バンコク市内の大学病院における分娩室である。

分娩室に入ると左右に 10 床ずつの分娩台が並びほぼ満床である。そこに医学生や看護学生の実習生が見学している。分娩台と分娩台の間に間仕切りは

あるものの今まさに出産になろうとしている産婦たちのいきみの声が響き渡る。これら産婦たちのうめき声だけでなく、呼吸法を導く看護師の声、実習医学生や看護学生の励ましの声、モニターのアラーム音などが混ざり合った異様な雰囲気の中での出産光景は、たとえば悪いがまるで出産工場のようなものである。

次に、郡病院の陣痛室と分娩室の様子である。陣痛室には 5 床のベッド、各自の荷物入れ、指導用のテレビがあり、カーテンでの間仕切りはあるものの看護師にいつも監視されている状況となっている。陣痛が開始した産婦は入院するとシャワー、更衣をする。出血がない限り下着はつけていない。分娩室は殺風景で分娩台も鉄製で、そこに薄いマットとビニールシートを敷いた上に産婦が横たわる。ここでは出産者が重なることはなかったため、看護師による産婦への声かけもよくされており、静かな出産であった。しかし、ある初産婦は陣痛誘発剤が点滴されているためか、分娩台の上で表情は固くこわばっており、赤ちゃんとの対面でやっと表情が柔らかくなった。急に強くなってしまった痛みをこらえるのに必死のある経産婦は、陣痛室から車椅子で分娩室に運ばれるやいなや産婦自ら分娩台に飛び乗り、看護師が出産介助の準備をするのを待ってやっと怒責できるという状況であった。この産婦の表情もやはりこわばっていた。

都市部でも郡部の病院においてもフリードマンの分娩進行曲線から少しでも逸脱すると、医師の指示で看護師が陣痛促進剤の点滴投与を行う。出産直前になると陣痛室から分娩室へ移動させられ出産時の会陰切開もかなりの頻度で看護師が行う。産婦の緊張度は高く、分娩時の出血量も多く、生まれてきた赤ちゃんの全身状態も余りよくない。陣痛促進剤を使用するために、産まれるまで何日間も陣痛室で過ごすことはない一方で、陣痛と思って入院した後で陣痛が消失した場合には一旦帰宅させられ、夜中の移動中に車中分娩という看護師からの報告もあった。

産褥病棟には 13 床のベッドがあり母子同床である。出産後は 2 時間で産褥病棟に戻され、初回歩行は産後 6 時間で 3 日間の入院となる。陣痛室や分娩室への家族の入室は許されていないが、ここでは家族面会は 24 時間可能で、夫や児の祖父母がベッドとベッドの間にゴザを敷いて一緒に寝泊まりしてくれるために、看護師の間では緊張していても、家

族とは穏やかに過ごせていた。病院への交通手段は車であるが、車がない場合は近所の家の車を出してもらおうという住民同士の支え合いが残っていた。

【民間大病院の存在と出産状況】

タイでは先に見るように医療体制の中心的役割を担っているのは国立病院である。しかし、1970年代から私立病院が創設され株式会社制が認められ、現在、バンコクだけでも50以上の私立総合病院が株式会社である。その内の13病院はタイの株式上場企業である。その狙いは、タイ政府による「メディカルツーリズム」²⁹⁾にある。タイ観光の一つの柱としてメディカルツーリズムを位置づけ、欧米諸国や途上国の人々でタイでの医療を求めてくる人々へ良質な医療提供を24時間365日行っている。これらの病院では優秀だけではなく、英語はもちろん日本語やアラビア語の話せる医師や看護師の配置、精密検査や高度医療に対応できる医療設備、言葉やコミュニケーションに困らないための20カ国以上の言語に対応できる通訳者、患者の食文化に応じた食事の選択、VIPのための空港送迎とあらゆるサービスの充実が目目を引く。

これらの病院での出産は、自然な出産（しゃがんだり、四つんばいであったりと産婦が自由な体位や姿勢での出産ができる）から麻酔分娩、帝王切開まで女性が望む出産スタイルに応じている。自然出産を希望する場合は、LDR（Labor Delivery and Recovery）といって、陣痛から出産までを同じ部屋で家族とともに赤ちゃんを迎えられるような快適な出産環境となっている。しかし、帝王切開率は70%と圧倒的に高く、その理由について医師は女性の希望であると答えた。

これらの病院は建物としても大変立派で、タイにおける医療の質の格差を感じさせるには十分である。このような病院の社会的責任として収益の一部は貧困層の健康改善や医療教育の普及などの慈善事業に当てられているが、ここで行われている良質の医療やケアが一部の富裕層の人々のためだけではなく、タイ国内に広がっていくことを強く願う。

【タイの出産から考えられること】

1. 出産の自然性の尊重と女性の選択

出産を医学のできごとととらえる視点からすると、山岳民族のあいだでの出産は医学の恩恵を十分に受けることのできない危険なものと思なされるで

あろう。なぜなら現代の私たちからすれば、ある意味とても過酷な生活（水道はあるが電気のない生活、自動車やバイクはないことなどがほとんどは歩いての移動、質素な食生活、不十分な衛生材料や医薬品 etc.）に見えるからである。しかし、それは比較することの出来る私たちの捉え方であって、太陽や月の変化に合わせたシンプルな生活がごく当たり前で、常に身体を動かす生活は健康的で彼らたちにとってはある意味で満たされた生活とも映る。人の生活の周辺では犬も鶏も豚も牛も親子がいつも一緒におり、親のおっぱいに子どもは必死に食らいついている。そして、人の赤ちゃんもいつも母親の胸にくっついて欲しいだけおっぱいを吸うことが出来ている。そのやり方に人と動物とを分けることもない。子どもたちの目は好奇心に満ち、生き生きとしていたし、子どもを抱っこした若い母親の顔はとても朗らかであった。若い母親は親や大人から教わるだけでなく、動物の生や死を含む親子のあり様を通して、生きること、親となること、死ぬことを学習しているのではないか。まさに大自然が教育の場ともいえる。

このような環境での出産という事象は、「生活の延長線上のこと」で私たちが考えるほどに特別視してはいないことが分かる。

私たち現代の助産師は異常になったときの対応に関心を寄せがちであるが、助産師の役割は女性や家族が正常な経過の妊娠出産子育てができるようにサポートすることであると考え、長い間続いているこのような原初的な出産や子育てのあり方から学ぶべきことが数多くあると考える。妊娠中は食事を食べ過ぎない、よく歩くこと、陣痛が来たからといって横になることはない、お産の時は上体を起こしていた方が産みやすい、母親と赤ちゃんはいつも一緒など、現在、日本で見直されている出産時のケアを確認出来た思いである。妊娠中に健康な身体を取り戻すことが優先すべきことであり、医学的適応以外の理由による不必要な医療介入をしなければ、お産は生理的なプロセスなのであり、妊娠出産は異常になりにくいのである。

一方、都市や郡部の病院での陣痛促進剤の安易な使用や車中出産になってしまうことは、出産の場が自宅から施設へと変化したために生じている問題といえる。馴染みのない場所や馴染みのない介助者による出産が女性を緊張させている。しかし、これらのことは医療者側には問題としては捉えられていな

い。しかし、このような緊張を強いられる入院や出産、そして、その後の赤ちゃんの世話に対して、女性たちは弱音を吐かず当然のこととして受け止め母親としての行動をとっていたが、女性としての不満や要望はないのであろうか。家族による暖かな見守りや住民同士の支え合いが、彼女たちが親になることを情緒的に支えているのではないかと考える。ここでの出産という事象は「非日常的なこと」となっている。

また一見、女性の意思を尊重しているかに見える都市の民間大病院での出産については、麻酔分娩や帝王切開によるリスクも理解した上での「選択」であるのか疑問の残るところである。そして、民間大病院とそれ以外との医療サービスの違いにあまりにも大きな格差を感じる。ここでの出産という事象は「特別なこと」となっている。

統計上の指標からはこれまでの「保健医療開発」によって国家として改善が遂げられているように感じられるが、指標は向上されても、そのことがケアの質保障には繋がっていないと考える。集約化された場所での出産女性の個々に注目した場合には政策による強制力を感じてしまうし、出産や母乳育児推進のあり方になぜか違和を感じてしまうのも、個々の女性の意思の尊重や子どものためにというよりも医療政策上の遂行という側面が強いからであろう。

ひるがえって日本では、病院や産婦人科診療所、あるいは少ないながらも助産師が管理運営する助産所や自宅出産の中から女性が出産場所を選択することができ、それぞれの出産場所におけるケアにはそれぞれに特色がある。女性自身がどこでどんな出産ができるのか、産後にどのようなケアが受けられるのかなど、情報を入手すれば自由に「選択」できることの重要性をあらためて感じさせられた。女性が自ら情報収集し、意思決定できるよう支援する必要がある。

そして、日本においても医師不足等の様々な理由で出産場所の集中化が進められ、すべての出産がますます医療設備のあるところでの出産に傾いている。しかし、「出産は、専門家の目による注意深い監視のもと、こうしたリスクがない限りは生理現象であり、病気としての管理は必要ない」との見解³⁰⁾をWHOは提示している。日本においてもタイにおいても、政策的に、あるいは医学的な観点からすべての出産の集中化を進めるのではなく、女性が自分の身近な所で出産場所が決められるようにすること

と、異常になった場合の緊急搬送システムの強化こそ、推し進められるべき課題ではないかと考える。

2. 看護学教育と助産学教育

学歴社会化にあるタイにおいて大卒であることが社会的な評価も高い³¹⁾。大学では英語で講義されるのでタイ周辺国からの留学生も多くグローバル化が感じられる。つまり、大学で看護学教育を受けることは高いステータスなのである。タイのヘルスプロモーションに基づく国策や住民の相互扶助力を活かした医療システムのもとで地域看護に重点を置いた看護学教育から学ぶことは多い。しかし、タイの看護師が妊婦健診や出産時のケアを実践していることに対して、日本から見ると医師不足ゆえに医師の補完者にならざるをえない状況と映るが、彼女らにとっては看護師としての役割と受け止めているのかもしれないと考える。

看護師の行動としては、医師の視点と同様に健康上の問題点に注目し異常の早期発見に力が注がれる傾向が強い。フリードマン曲線から少しでも逸脱すると異常と判断し、医師とともに医療介入を行うことに抵抗はないであろう。つまり、心身を含むその人を全体的に把握するというよりも身体的な変化を重視した判断をしているといえる。出産を異常が起きるかもしれないというリスク管理の視点、つまり医学パラダイムだけで捉えると、どうしても管理的な関わりとなってしまうのである。タイの出産の場における看護師のこのような行動は、日本を含む先進国の病院勤務の助産師がたどってきた道でもあった。

1990年以降、これらの反省から Midwife、つまり女性とともにあること、女性の声に耳を傾けているか否かといった助産師としての役割があらためて問い直され、助産学教育の重要性が欧米で見直されている³²⁾。助産学の基本は、ひとりひとりの女性とその家族の個別ニーズを敏感に捉える能力、女性との良好な関係性の構築と女性と一緒に仕事をする能力を育むことである。そしてこのような人間的感受性だけでなく、科学的知識、継続的に学習する能力、有効な臨床技術を統合する能力が必要といわれている³³⁾。

タイの看護師は日本の助産師には許されていない技術(会陰切開や縫合)も実践することができる。そして、その適用のあり方に課題がないとはいえないが、このような実践力に助産学としての理念が加わ

ることにより、国の政策だからではなく、また医師の補完者としてでもなく、真に女性の立場に立った出産時の援助者となれるのではないかと考える。あらためて女性の視点、助産学の視点の重要さが感じられる。

かつては村の中に存在していた産婆や取り上げ婆さん（TBA）についてタイ看護教員から話題にすることはなかったし、山岳民族のあいだのたくましい出産についてチェンマイ大学病院の看護師は少々理解していたものの、バンコクにあるマヒドン大学病院の看護師は関心を示すこともなかった。そして、産婆教育よりも看護大学教育であることへの誇りを感じた。しかし、タイにおける看護学教育も発展しており、専門性に向けた修士課程の充実も伺える。タイの中にまだ残っているであろう女性が持っている生活上の知恵を見捨てることなく、再評価し、妊娠出産のケア向上に向けた助産学教育としての専門性が論じられる日を期待したい。

II. おわりに

国の政策の影響は大きい。タイの出産環境の変化を見るにつけ、あらためて女性中心、家族中心のケアの重要性を感じる。妊娠出産が女性の一生の中のある一定の期間となった現代、このような中での出産とは、家族が再構築されるための貴重な機会でもあると考えると、出産という事象を医学パラダイムだけではなく、女性にとっても、また社会全体にとっても有益なマタニティーケアを見いだす必要がある。そのためにも「助産学パラダイム」の確立が急がれる。

なお、本稿は柴崎宏美・日隈ふみ子による原稿である「医療化する産みの場の環境—タイ」『アジア遊学 119』（勉誠出版）2009年に大幅な加筆をしたものである。

註1) 2005年人文・社会科学振興のためのプロジェクト研究事業「豊かな人間像の獲得—グローバル化の超克」のなかのコア研究「産育の現場から」（代表・松岡悦子）のなかの1つとして研究分野を異にする筆者を含む4人の研究者や実践家（文化人類学・社会学・助産学）が実施した調査および大学病院視察成果である。

註2) 国際医療福祉大学大学院助産学分野とマヒド

ン大学公衆衛生学部との協定のもとで行われた研修指導であり、各病院の視察成果である。

註3) 「30 パーツ健康保険制度」により財源不足に陥っている公立病院が続出との記事（2007.12.7 読売新聞）もある。1 パーツ= 2.28 円（2007 現在）

III. 引用文献

- 1) ミレーユ・ラジェ：出産の社会史—まだ病院がなかったころ—、勁草書房、p1-5、1994
- 2) 前掲書 1)
- 3) 松岡悦子他：大正・昭和期の産婆による出産、旭川医科大学紀要一般教養、Vol.24、p43-59、2008
- 4) 久保隆彦：日本のお産は安全ではない—お産の安全神話について考える—、第49回日本母性衛生学会総会、教育講演、p45、2008.11.7
- 5) マースディン・ワーグナー：WHO 勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠、メディカ出版、p46-68、2002
- 6) 江藤宏美他：ICM評議会報告、助産雑誌 Vol.59、No.12、p1130-1133、2005
- 7) 外務省：第2章タイの開発と日本の協力、(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda9>) タイ国別援助研究会報告書—「援助」から「新しい協力関係」へ—、独立法人国際協力機構 JICA 研究所発行、p31-43、2003.12
- 9) 落合恵美子：タイの郊外ライフ、21世紀アジア家族<1>、京都新聞、2005.2.25
- 10) 外務省：タイ／日本の国際協力、2007年版政府開発援助（ODA）白書、外務省、p35-45、2007
- 11) 前掲書 8)
- 12) 前掲書 7)
- 13) 前掲書 10)
- 14) Dinlaga Tripiboon による提供、講義資料で入手
- 15) 松下光子他：タイにおける看護および看護教育の現状—3大学の看護学部への訪問より—、岐阜県立看護大学紀要、Vol.4、No.1、p147-153、2004
- 16) 前掲書 14)
- 17) 前掲書 15)
- 18) Daranee Rujkorakarn：タイにおける看護教育と看護現場とのパートナーシップ、Quality Nursing Vol.9、No.4、p47-50、2003
- 19) 吉沢豊予子：タイ王国の助産師教育、助産雑誌、Vol.60、No.8、p730-731、2006
- 20) タイ国政府観光庁：バンコク、タイ国政府観光庁発行、発行年記載無し
- 21) 森泉由恵他：タイにおける持続的農業、Digital Asia Discussion Paper Series、p1-20、2008

- 22) 古家晴美：「山地民とキリスト教」 小野澤正喜
(編)『アジア読本タイ』河出書房新社：202-
207.1994
- 23) 速水洋子：「民族」とジェンダーの民族誌、東南
アジア研究、Vol.35, No.4, p246-267、1998
- 24) Lawan Somboon：Self-care Practices of Postpartum
Hilltribe Women in the Royal Project Area, Chiang
Mai Province, p1-3、2000
- 25) John McKinnon：THE HILL TRIBES、Tribal Mu-
seum、Fifth Edition、p1-79、2004
- 26) Jacqueline Vincent-Priya：Birth without Dancers、
Earthscan Publications、p21-44、1991
- 27) 外務省：母子手帳プロジェクト
([http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kankyo/wssd/
type_2/1_1_6.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kankyo/wssd/type_2/1_1_6.html)) [2009. 2. 15 確認]
- 28) Lactation History：マヒドン大学病院による配付
資料[2007. 7. 25 入手]
- 29) Som-Arch Wongkhomthong：タイのメディカルツ
ーリズム：バンコク病院、病院 Vol.66, No. 7、
医学書院、p568-572、2007. 7
- 30) 前掲書 5) p388-397
- 31) 櫻井義秀：グローバリゼーション（東南アジア）
と地域社会変動、社会学評論、Vol.57, No.1、
p204-217、2006
- 32) 日隈ふみ子他：イギリスの助産事情に学ぶ、京
都大学医療技術短期大学部紀要別冊、健康人間
学、Vol.15、p65-73、2003
- 33) Lesley Page：新助産学、メディカ出版、p1-5、
2002